

Cachet de  
l'Officine

# CAMPAGNE VACCINALE SAISONNIÈRE 2025-2026



## Annexe 6a – GRIPPE SAISONNIERE

### RECUEIL DU NOMBRE DE DOSES ADMINISTREES ET COMMANDE DANS LES OFFICINES

*A remplir lors de la délivrance ou la dispensation des vaccins*



| <b>Patients éligibles *</b><br>(≥ 60ans, LM, IMC ≥ 40, femme enceinte, professionnel santé, autres)<br>Noter le nombre de doses dispensées :   = 1 <input type="checkbox"/> = 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>Professionnels de santé libéraux</b><br>(Médecin, sage-femme)<br>(IDE : sur présentation de la prescription médicale)<br>Indiquer l'identité du professionnel de santé et la quantité délivrée<br><b>10 doses maximum par professionnel de santé</b> |      |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|
| <div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div> |  | NOM et Prénom du professionnel de santé                                                                                                                                                                                                                 | Date | Quantité livrée |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                 |
| <b>Total de doses dispensées aux patients éligibles (1) :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <b>Total de doses délivrées aux professionnels de santé libéraux (2) :</b>                                                                                                                                                                              |      |                 |
| <b>TOTAL DE DOSES DISPENSEES OU/ ET DELIVREES (1+2) :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                 |
| <b>Je souhaite recevoir en retour :</b><br>- Doses VAXIGRIP Trivalent <input type="text"/><br>délivrés par <input type="checkbox"/> CERPOL <input type="checkbox"/> MEDIPAC <input type="checkbox"/> TAHITI PHARM<br>- Reliquat de doses VAXIGRIP Trivalent <input type="text"/><br>Date : ...../...../....., Signature :.....<br><b>MERCI PAR AVANCE DE RETOURNER CETTE FICHE COMPLETEE A VOTRE GROSSISTE</b>                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                         |      |                 |

\*voir [Annexe 2](#) – Population éligible à la vaccination contre la grippe saisonnière 2025-2026